FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 5.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 9 janvier 1863,

Par Clément LAUNAY,

né à Bu (Eure-et-Loir),

Interne des Hôpitaux de Paris
(Médaille de Bronze, 1862).

DES

TUMEURS ADÉNOÏDES

OU HYPERTROPHIES PARTIELLES

DE LA MAMELLE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1863

1863. — Launay.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen, M. RAYER.

Professeurs. MM.

Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine comparée	RAYER.
Histologie	ROBIN.
Pathologie médicale	N. GUILLOT. MONNERET.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS. — *Professeur honoraire,* M. CLOQUET.

Agrégés en exercice.

MM. AXENFELD.	MM. DUCHAUSSOY.	MM. LABOULBÈNE.	MM. REVEIL.
BAILLON.	EMPIS.	LIÉGEOIS.	SÉE.
BAUCHET.	FANO.	LORAIN.	TARNIER.
BLOT.	FOUCHER.	LUTZ.	TRÉLAT.
CHARCOT.	GUILLEMIN.	MARCÉ.	VULPIAN.
CHAUFFARD.	HÉRARD.	PARROT.	
DOLBEAU.	HOUEL.	POTAIN.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. HARDY.
— des maladies syphilitiques	VERNEUIL.
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	LASÈGUE.
— d'ophthalmologie	FOLLIN.
— des maladies des voies urinaires	VOILLEMIER.

Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

Agrégés stagiaires.

MM.

Examinateurs de la thèse.

MM. VELPEAU, *président;* DEPAUL, EMPIS, VULPIAN.

M. BOURBON, *Secrétaire.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

MON PREMIER MAÎTRE DANS MES ÉTUDES MÉDICALES ;

A MA MÈRE.

Reconnaissance et dévouement.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A M. LE PROFESSEUR VELPEAU,

Membre de l'Institut et de l'Académie impériale de Médecine,
Chirurgien de la Charité,
Commandeur de la Légion d'Honneur, etc.,

MON PREMIER MAÎTRE DANS LES HÔPITAUX.

Permettez-moi, savant maître, de vous dédier cette thèse, en mémoire des excellents préceptes que j'ai puisés dans votre service et de la bienveillance dont vous avez bien voulu m'honorer.

A LA MÉMOIRE

DE M. GILLETTE,

Médecin de l'hôpital des Enfants Malades.

Regrets sincères.

A M. DELASIAUVE,

Médecin de l'hospice de Bicêtre

(Internat 1859).

A M. GIRALDÈS,

Chirurgien de l'hôpital des Enfants,
Chevalier de la Légion d'Honneur, etc.

(Internat 1859 et 1861).

A M. HUGUIER,

Membre de l'Académie impériale de Médecine,
Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Chevalier de la Légion d'Honneur, etc.

(Internat 1860).

A M. DEMARQUAY,

Chirurgien de la Maison municipale de Santé,
Chevalier de la Légion d'Honneur, etc.

(**Internat 1861**).

A M. GUIBOUT,

Médecin de l'Institution de Sainte-Périne

(**Internat 1862**).

Je prie MM. Gosselin, Verneuil, Follin, Fano, Gubler, Leconte, Reveil, d'agréer mes remercîments pour les savantes leçons que j'ai reçues d'eux et pour la bienveillance dont ils m'ont honoré dans le cours de mes études médicales.

DES

TUMEURS ADÉNOÏDES

OU HYPERTROPHIES PARTIELLES

DE LA MAMELLE.

La *mamelle* est un des organes qui offrent à l'étude le plus grand nombre d'affections variées. Si l'on songe de combien d'espèces diverses sont les tumeurs qui peuvent se développer dans cette glande et réclamer l'intervention de la chirurgie, on ne sera pas étonné qu'il faille arriver à ces dernières années, pour trouver une monographie complète des maladies du sein. Pour remplir une tâche aussi difficile, pour parcourir un aussi vaste champ d'observation, il fallait l'esprit persévérant et la grande érudition de M. le professeur Velpeau. Aussi l'ouvrage du chirurgien de la Charité est-il le meilleur, pour ne pas dire le seul, dans lequel les affections de la mamelle soient traitées aussi complétement que le permet l'état actuel de la science ; cependant, si parfaite que soit l'œuvre du professeur dont nous parlons, est-ce à dire pour cela qu'elle ne laisse plus rien à faire après elle ? Non, sans doute ; le progrès scientifique marche sans cesse, et chacun doit, dans la mesure de ses forces, ajouter le fruit de ses travaux à ceux de ses prédécesseurs et de ses maîtres. Une autre raison nous a décidé à aborder le sujet que nous avons choisi pour notre thèse : c'est que si les tumeurs

si nombreuses et de nature si différente qui peuvent se développer dans la glande mammaire sont aujourd'hui bien connues pour la plupart, il en est une pourtant qui a été depuis longtemps et est encore à présent l'objet de vives discussions; nous voulons parler des tumeurs adénoïdes ou hypertrophies partielles du sein. Si en effet les chirurgiens sont maintenant fixés, aussi bien que possible, sur la nature, sur le mode de développement, sur le siége des autres tumeurs de la mamelle; il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de celles qui nous occupent. Les controverses animées auxquelles a donné lieu cette affection n'ont pas élucidé la question d'une manière bien nette, et à une époque où le microscope semble pouvoir décider en dernier ressort de la véritable nature des tumeurs, et par cela même rendre impossible toute espèce de discussion sur leur point de départ primitif, ces productions morbides défient en quelque sorte les recherches des observateurs non sur la constitution intime de leur tissu, mais sur leur mode de formation dans la mamelle.

Nous essayerons de résumer, aussi nettement que possible, dans le cours de ce travail, les opinions diverses émises par les auteurs qui se sont occupés des tumeurs adénoïdes; et si, après les avoir analysées, nous ne pouvons, vaincu par l'évidence, admettre complétement les idées du savant professeur de la Charité, nous ne pourrons du moins nous empêcher de dire que c'est grâce à ses travaux qu'on connaît les tumeurs dont nous parlons, que c'est lui qui le premier les a classées dans les cadres nosologiques, à une époque où elles étaient confondues avec une foule d'affections bien différentes; que c'est lui enfin qui a jeté sur l'histoire de cette maladie la lumière la plus vive.

Il est un autre point de l'étude de ces tumeurs qui mérite de fixer au plus haut degré l'attention des chirurgiens; nous voulons parler de leur récidive. Sans contredit leur bénignité, leur innocuité au point de vue de l'état général, ne peuvent plus être aujourd'hui mises en doute; jamais, à moins de transformation dans leur tissu,

on ne les a vues infecter l'économie, lors même qu'elles avaient atteint un volume considérable ; c'est donc une affection toute locale, et pourtant la circonstance dont nous parlons peut, dans certains cas, leur donner une gravité tout à fait spéciale. Nous publions plus loin deux observations qui montrent que si les tumeurs adénoïdes ne sont pas sérieuses par leur nature même, elles peuvent le devenir beaucoup par des récidives nécessitant des opérations nombreuses et mettant par cela même la vie des malades en danger.

Tels sont donc les deux points sur lesquels nous croyons devoir insister principalement : d'une part, la pathogénie de ces tumeurs ; de l'autre, la possibilité de leur récidive. Ce sont là deux sujets, le premier surtout, qui certes sont loin d'être faciles à traiter ; aussi n'est-ce pas sans une hésitation bien légitime que nous abordons cette tâche.

Peut-être, en mettant à profit les leçons orales de nos maîtres dans les hôpitaux, et les leçons écrites qu'ils nous donnent dans leurs ouvrages, pourrons-nous sinon élucider cette double question, du moins résumer aussi clairement que possible ce qui a été fait sur l'histoire de ces tumeurs.

Si nous restons au-dessous de notre tâche, nous espérons que nos juges voudront bien nous tenir compte de nos faibles efforts ; leur indulgence sera pour nous un encouragement.

HISTORIQUE.

Les tumeurs adénoïdes n'étaient pas connues des anciens chirurgiens. Sans doute plus d'une fois des affections de ce genre s'étaient rencontrées sous le couteau de l'opérateur, mais, comme personne n'avait attiré l'attention sur elles d'une manière spéciale, comme aucun observateur ne les avait étudiées dans leur structure intime, elles étaient confondues avec d'autres tumeurs complétement différentes. On ne sut pas d'abord les distinguer du cancer et surtout du

squirrhe, dont elles avaient jusqu'à un certain point l'apparence ; plus tard, leur bénignité étant bien reconnue, les chirurgiens les regardèrent comme formées principalement par du tissu fibreux. C'est à M. Velpeau que revient, comme nous l'avons dit plus haut, l'honneur d'avoir signalé le premier cette forme d'affection mammaire. Ainsi, en 1827, dans les *Archives générales de médecine*, t. XIII, p. 326, il appela l'attention sur une de ces tumeurs qu'il regarda comme un noyau fibro-celluleux endurci par le travail morbide. C'était une tumeur solide, mobile, indolente, ayant mis quinze mois à se développer et restant stationnaire depuis trois mois. Cette production, dont Roux avait pratiqué l'ablation, fut considérée par M. Velpeau comme une transformation du tissu cellulaire; il était persuadé que la malade pouvait compter sur une guérison solide.

En 1833, il montrait à sa clinique des exemples d'affections de ce genre; en 1837, le même auteur faisait dans le Dictionnaire en 30 volumes un article sur les tumeurs mammaires, dans lequel il donnait, de celles qui nous occupent, une description assez complète. Il comparait leur tissu à d'anciennes concrétions fibrineuses organisées, il insistait sur leur mobilité très-grande, sur leur indépendance d'avec les tissus voisins; il leur reconnaissait pour cause un épanchement sanguin ou des concrétions lymphatiques, et les désignait sous le nom de *tumeurs fibrineuses*.

A. Cooper avait déjà décrit, sous le nom de *tumeurs mammaires chroniques*, une production morbide remarquable par l'âge peu avancé des malades qui en étaient atteints, par l'absence de douleurs, par la persistance de la santé générale, par la lenteur de son développement, par sa situation superficielle, par sa mobilité, sa forme lobulée, etc. En considérant combien, par ses symptômes, par son anatomie pathologique, cette affection se rapproche des adénoïdes, on ne peut douter un instant que le chirurgien anglais n'ait voulu parler de ce genre de tumeurs. Il avait même vu, en les disséquant avec soin, qu'elles étaient unies à la glande mammaire par un prolongement; il avait remarqué que, dans certains cas, le

mariage suffisait pour en amener la guérison, il pensait que cette disparition spontanée avait alors pour cause les modifications produites dans la mamelle par la lactation; il ne croyait pas que leur ablation fût indispensable. (A. Cooper, traduction de MM. Chassaignac et Richelot, p. 519.)

En 1844, M. Cruveilhier, dans un mémoire lu à l'Académie de Médecine (*Bulletin de l'Académie de Médecine,* t. IX, p. 330), décrivit ces tumeurs sous le nom de *tumeurs fibreuses;* il montra qu'elles étaient fréquentes, qu'elles devaient être nettement distinguées du cancer, qu'elles ne devaient pas être extirpées. Ce mémoire souleva au sein de l'Académie une vive discussion, dans laquelle M. Velpeau insista sur ce fait, que ces tumeurs, qu'il nommait alors *fibrineuses,* avaient pour point de départ l'organisation de lymphe plastique résultant d'un épanchement sanguin ou autre.

M. Lebert s'est aussi beaucoup occupé de l'affection dont nous parlons; il la désigne sous le nom d'*hypertrophie partielle* : nous verrons plus loin sur quels faits il base cette dénomination. Si M. Velpeau a le premier signalé ces tumeurs, s'il en a mieux que personne décrit la marche, les symptômes, le diagnostic, c'est à l'habile micrographe que nous venons de nommer que revient l'honneur d'en avoir le premier fait connaître la nature véritable. En 1845, dans sa *Physiologie pathologique,* il en indique la pathogénie, il en montre le mode de formation, et il cite un grand nombre d'observations.

En 1846, dans un journal de médecine de Zurich, il publie sur l'hypertrophie mammaire partielle un mémoire aussi complet que le permettait alors l'état de la science. En 1848, il en fait une étude plus exacte dans un mémoire de clinique et de physiologie pathologique, à Berlin. Enfin son *Traité des maladies cancéreuses* (1851, p. 361) renferme une longue description de ces tumeurs, remarquable surtout par le soin avec lequel l'auteur s'est appliqué à en faire l'analyse anatomique.

C'est en 1851, dans la *Revue médico-chirurgicale,* t. IX, p. 139,

que M. Velpeau décrivit définitivement ces tumeurs d'une manière complète sous le nom de *tumeurs adénoïdes,* et qu'il formula nettement sur leur formation la théorie que nous étudierons plus loin en traitant de leur physiologie pathologique, théorie complétement en désaccord avec celle émise par Lebert, et qui depuis cette époque a été vivement combattue.

Vidal, en décrivant ces productions morbides, les a regardées comme de l'hypertrophie partielle : tel est aussi le nom que leur donne M. Nélaton.

M. Verneuil et M. Broca se sont aussi beaucoup occupés de ces tumeurs pour combattre l'opinion de M. Velpeau. M. Broca, en présentant une observation de ce genre à la Société anatomique, cite, à propos du point de départ de cette affection, l'opinion de M. Paget, qui lui aussi avait admis une théorie spéciale.

Enfin, en consultant les bulletins de la Société anatomique et de la Société de chirurgie, on y trouve, dans ces dernières années surtout, de nombreuses observations de ce genre qui, pour la plupart, sont considérées comme de l'hypertrophie partielle.

Quoi qu'il en soit, le *Traité des maladies du sein* de M. Velpeau n'en est pas moins l'ouvrage dans lequel les tumeurs adénoïdes, abstraction faite de la théorie admise par ce chirurgien sur leur mode de formation, sont décrites de la manière la plus complète et étudiées surtout dans un sens véritablement clinique.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

Avant d'aborder l'étude de l'anatomie pathologique des tumeurs adénoïdes, nous croyons devoir résumer en quelques mots l'anatomie normale de la mamelle. En effet, l'affection qui nous occupe étant, comme nous le verrons plus loin, la reproduction plus ou moins exacte du tissu sain, avec exagération d'un ou de plusieurs de ses éléments, il nous faut rappeler d'une manière succincte la conformation de ce tissu.

La glande, considérée hors de l'état de lactation, se présente sous l'aspect d'un tissu fibroïde, dense, blanchâtre. La disposition glandulaire ne se manifeste d'une manière bien évidente qu'au moment de la lactation, époque à laquelle il se produit dans la mamelle des modifications importantes en rapport avec la fonction qu'elle est appelée à remplir. L'organe se compose de grains glanduleux disposés en lobules aplatis; de chacun de ces grains part un petit canal qui se réunit à ceux des grains voisins pour constituer un conduit galactophore. Ces lobules primitifs, ces culs-de-sac terminaux disposés d'ordinaire en forme de grappe, présentent une membrane anhyste et un épithélium qui tapisse leur paroi interne.

Les conduits qui en partent ne communiquent entre eux dans aucune partie de leur trajet; aussi chaque lobule est-il parfaitement indépendant.

Il est à remarquer que ces lobules réunis en masse dans la mamelle ne sont pas les seuls, et que chez certaines femmes on trouve des lobules isolés situés assez loin même de la glande; on en a rencontré jusque dans le creux de l'aisselle.

Nous insistons ici sur l'indépendance des parties constituantes de cet organe, et nous verrons plus loin que cet isolement des lobules est fort important à connaître pour l'étude des tumeurs adénoïdes.

La glande mammaire est enveloppée dans toute son étendue par une coque fibreuse qui, de plus, envoie des prolongements entre chaque granulation qu'elle isole. Cette membrane, d'autant moins dense qu'elle est située plus profondément, s'insinue entre les lobes, pénètre dans leur intérieur, et sépare les uns des autres les lobules et les grains glandulaires.

Enfin, entre le tissu fibreux et le tissu de la glande, on trouve de la substance adipeuse dont le développement est d'ordinaire en raison inverse de celui de la glande elle-même. Ajoutons à cela des nerfs, des vaisseaux artériels et veineux, et enfin des lymphatiques qui se rendent dans les ganglions de l'aisselle.

Ces ganglions s'enflamment et peuvent même suppurer dans les cas de maladies aiguës de la mamelle, et quand celle-ci est le siége de tumeurs cancéreuses, ils participent d'ordinaire à la dégénérescence morbide.

Étudions maintenant au point de vue de l'anatomie pathologique les tumeurs qui nous occupent. Ces productions morbides sont situées le plus souvent dans l'épaisseur de la glande. Pour M. Velpeau, elles sont placées entre les éléments normaux sans en faire partie; elles sont là comme des corps étrangers, écartant les tissus, les aplatissant, mais restant toujours indépendantes. Pour M. Lebert, au contraire, et pour la plupart des chirurgiens, elles font partie de la glande; formées par un lobule hypertrophié, elles écartent, compriment les autres lobules, mais en restant toujours unies aux tissus voisins par un pédicule.

Leur volume est excessivement variable : tantôt c'est une grosseur à peine perceptible, du volume d'un pois, d'une noisette, perdue dans l'épaisseur de la glande; tantôt au contraire c'est une tumeur énorme. M. Velpeau en a vu une qui atteignait le poids de 20 kilogrammes ; on comprend qu'entre ces deux extrêmes on peut trouver tous les intermédiaires. Cependant on peut dire, en thèse générale, que rarement elles arrivent à présenter un volume considérable, ce qui tient peut-être à ce que les malades se font opérer d'ordinaire avant que le mal ait pris de grandes proportions.

Leur surface est bosselée, elle offre des mamelons et des anfractuosités plus ou moins distincts ; cet aspect varie beaucoup, en effet, selon la prédominance du tissu qui forme la tumeur. En général, les bosselures sont d'autant moins prononcées, que le tissu fibreux est en plus grande abondance.

Leur consistance est également très-variable ; elle est aussi en rapport avec la nature du tissu morbide. Si c'est le tissu glandulaire qui prédomine, elles sont d'ordinaire molles, et parfois même elles offrent une fausse fluctuation ; quand au contraire on doit y trouver une grande quantité de tissu fibreux, leur dureté peut égaler celle

du squirrhe, ou du moins se rapprocher de la consistance des tumeurs fibro-plastiques.

Elles sont toujours enveloppées d'une membrane fibreuse blanche, nacrée, d'une épaisseur plus ou moins grande, assez facile à séparer des tissus voisins, auxquels elle n'est unie que par un tissu cellulaire lâche, mais intimement uni à la tumeur elle-même, dont il est très-difficile de la détacher. Elle fait corps avec elle, et cette adhérence s'explique facilement, si l'on songe que cette membrane d'enveloppe envoie de nombreux prolongements entre les parties constituantes de la tumeur. Elles ne contractent pas d'adhérences avec les muscles, comme le font si souvent les affections de nature cancéreuse; de même il est très-rare de les voir offrir des connexions avec le mamelon. Quant à leur position relativement au reste de la glande, elle est excessivement variable ; bien que Bérard et A. Cooper les regardent comme superficielles, quoique Lebert ait dit qu'elles occupaient principalement la circonférence de la mamelle, M. Velpeau, qui certes a droit plus que tout autre de décider cette question, a constaté qu'on pouvait les trouver à toutes les profondeurs : tantôt elles sont complétement sous-cutanées, tantôt elles sont logées dans l'épaisseur de la glande, tantôt enfin on les rencontre à sa face la plus profonde. Ordinairement il n'existe qu'une tumeur de ce genre; mais on en a vu parfois un plus grand nombre soit dans le même sein, soit dans les deux à la fois.

Quand on incise la tumeur, on trouve d'ordinaire un tissu luisant, granulé ou plutôt grenu, plus ou moins jaunâtre; sa couleur varie du reste avec le tissu qui la forme : quand il y a surtout des lobules glandulaires, la coupe est d'un blanc jaunâtre ou d'un jaune rosé; quand il y a infiltration graisseuse, on observe une teinte jaune ambrée; si le tissu fibreux prédomine, la couleur est plus blanche et comme nacrée. Assez souvent on distingue sur la coupe des lobules plus ou moins nettement dessinés; là encore on retrouve des différences, d'après la structure intime. M. Lebert, qui la regarde comme de l'hypertrophie, explique ainsi ces aspects divers. Si l'hy-

pergenèse porte sur les lobes, on a un aspect grenu; si elle porte sur les lobules, on voit alors sans peine que le tissu est lobulé; si au contraire elle porte à la fois sur la glande et sur les tractus fibreux, l'aspect est plus homogène; si enfin ce sont les fibres qui prédominent, on croirait presque avoir sous les yeux une tumeur fibro-plastique.

La pression fait sourdre assez souvent par la surface de section un liquide transparent, un peu filant, comme synovial, mais jamais on n'y trouve ce liquide lactescent que le raclage du bistouri amène sur la coupe des tumeurs cancéreuses.

Les vaisseaux y sont d'ordinaire assez peu développés. Lebert dit y avoir suivi des nerfs; une fois même il a pu y constater la présence de filets nerveux hypertrophiés.

Enfin, outre l'enveloppe fibreuse et le tissu glandulaire, on rencontre assez souvent dans ces tumeurs des kystes que M. Lebert divise en deux variétés, les kystes interstitiels et les kystes cancéreux. Les premiers sont clos, ce sont les plus volumineux; ils peuvent atteindre la grosseur d'une noix, d'un œuf et même plus. On trouve quelquefois dans leur cavité l'épithélium de la glande, mais souvent les cellules en sont altérées. Leur contenu est filant, d'une couleur jaunâtre ou rouge-brun. Cette coloration est due probablement à un épanchement sanguin. Lorsque la tumeur se développe pendant la lactation, on trouve parfois des cavités plus petites, pleines d'une substance butyreuse. Ces kystes sont simples ou multiloculaires; dans ce dernier cas, les poches secondaires communiquent avec la poche principale.

Les kystes cancéreux sont plus petits que les précédents, ils sont creusés dans la charpente fibreuse, dont le tissu s'écarte pour les former, le liquide qu'ils renferment est aussi poisseux, jaunâtre ou rouge-brun. Ils sont le plus souvent multiples, et leur forme est irrégulière.

Quand on étudie sous le champ du microscope le tissu qui constitue ces tumeurs, on y retrouve la structure du tissu mammaire,

on y reconnaît les éléments primitifs de la glande, les culs-de-sac terminaux isolés ou réunis en grappe; parfois leur agglomération rappelle par sa forme celle d'une feuille de chêne.

Ces culs-de-sac sont d'ordinaire arrondis ou ovoïdes, parfois il se terminent en pointe. Leur largeur varie, suivant Lebert, de 1 cinquième à 1 douzième de millimètre.

La membrane anhyste qui limite ces lobules primitifs est assez souvent épaissie, tantôt c'est un épaississement sans structure particulière, tantôt il y a superposition de tissus fibreux. Ces fibres, situées au sein de la substance anhyste, sont disposées de diverses façons : tantôt elles sont longitudinales, tantôt elles convergent vers la pointe du lobule, tantôt elles s'entre-croisent en différents sens.

La surface interne des culs-de-sac est tapissée par un épithélium le plus souvent arrondi. Les cellules ont de $0^{mm},01$ à $0^{mm},012$, rarement on les voit arriver jusqu'à $0^{mm},015$. Elles ont un noyau rond ou ovoïde qui varie entre $0^{mm},005$ et $0^{mm},0015$. Il est assez fréquent d'y trouver de nombreux noyaux libres. Enfin dans leur intérieur se trouvent un ou deux nucléoles, qui ont de $0^{mm},0012$ à $0^{mm},0015$. Dans certains cas, on trouve les cellules infiltrées de granules graisseux qui empêchent de distinguer le noyau. Notons un fait que M. Robin a indiqué dans ses recherches sur l'hypertrophie glandulaire, et que M. Lebert a trouvé dans les tumeurs qui nous occupent : c'est que dans certains cas les cellules épithéliales sont en si grande abondance, qu'elles distendent les lobules; dans d'autres, au contraire, il y a une telle prédominance des tissus fibreux, que l'épithélium a presque disparu.

Dans les kystes dont nous avons parlé plus haut, on trouve de l'épithélium altéré, des globules sanguins blancs ou rouges, le plus souvent granuleux, et des paillettes brillantes de cholestérine.

Nous venons de voir que dans les tumeurs qui nous occupent, on retrouve tous les éléments de la glande mammaire. Voyons maintenant comment les chirurgiens ont expliqué la formation de ces

tumeurs, comment ils se sont rendus compte de leur apparition dans le tissu glandulaire.

Citons seulement pour mémoire l'opinion au moins bizarre qu'a émise M. Paget : il suppose que ces productions morbides sont précédées de la formation d'un kyste, puis que sur l'un des points de ce kyste, il se fait, sur sa paroi interne, une végétation qui grossit jusqu'à ce qu'elle remplisse l'intervalle situé entre elle et la membrane kystique ; ensuite le développement continue. M. Paget prétend que si on dissèque le kyste, on trouve toujours un point de sa paroi interne auquel la tumeur adhère. On comprend sans peine tout ce qu'a d'étrange cette opinion, fondée sur des vues purement spéculatives ; nous n'y reviendrons pas.

M. Velpeau est le premier qui ait donné de la formation des tumeurs adénoïdes une explication qu'il nous importe extrêmement de connaître, car longtemps elle a régné exclusivement dans la science, et dans la dernière édition de son ouvrage, son auteur l'a donnée tout au long en l'appuyant sur une découverte récente de M. Robin. Pour le savant chirurgien de la Charité, ces tumeurs qu'il nomme *adénoïdes*, à cause de leur aspect glandulaire, n'ont aucune connexion avec la glande mammaire ; elles sont logées entre les lobes normaux sans en faire partie en aucune façon. C'est un tissu de formation nouvelle, complétement indépendant de la glande. Lorsque en 1833, il avait publié son traité sur les contusions, le chirurgien de la Charité avait insisté d'une manière toute spéciale sur ce fait que le sang épanché dans les tissus pouvait, par une série de transformations diverses, devenir le point de départ de tumeurs de nature différente. Ainsi se forment dans les articulations des corps de structure cartilagineuse ; ainsi se forment, dans certains kystes synoviaux du poignet, des grains riziformes complétement organisés ; de même, dans la glande mammaire, un épanchement de sang peut devenir, selon M. Velpeau, le point de départ d'une tumeur fibrineuse qui, en s'organisant, pourra prendre la forme adénoïde. Or, dans 58 cas d'affections de ce genre, il en a trouvé

31 dans lesquels les malades disaient avoir reçu un coup sur le sein.

De plus, les femmes qui en sont le plus souvent atteintes sont mal réglées; or ne sait-on pas que, dans un certain nombre de cas, l'irrégularité menstruelle s'accompagne d'ecchymoses dans le sein? Ce sang, ou toute autre matière coagulable, épanché de quelque manière que ce soit, est pour M. Velpeau le point de départ des tumeurs adénoïdes. Il explique du reste sans peine pourquoi on retrouve dans leur tissu la structure glandulaire. Sans doute, dit-il, ces tumeurs sont formées d'une substance analogue à la glande mammaire; mais pourquoi s'en étonner? Ne sait-on pas que partout le sang épanché dans un tissu tend en s'organisant à reproduire ce tissu même? La matière plastique se transforme et se rapproche autant que possible, par la texture qu'elle prend, de l'organe au sein duquel elle s'est épanchée. De plus, M. Robin n'a-t-il pas décrit, dans des endroits même dépourvus de glandes, des tumeurs de structure glandulaire? Pourquoi ne se ferait-il pas dans la mamelle des productions semblables? Quand on a objecté à M. Velpeau que le sang était en quantité trop minime pour produire des tumeurs aussi volumineuses, il a répondu que pour lui la lymphe plastique épanchée était seulement le point de départ, l'épine autour de laquelle venaient se grouper les éléments de la tumeur.

Enfin la principale raison sur laquelle M. Velpeau basait sa théorie était l'indépendance absolue de ces productions morbides, leur isolement complet. Jamais, disait-il, jamais il n'avait vu des tumeurs de ce genre unies le moins du monde à la glande mammaire.

Telle était donc l'opinion du chirurgien de la Charité, telle est encore celle qu'il émet aujourd'hui sur le mode de formation des tumeurs adénoïdes. Mais déjà, lorsque Lebert, en démontrant, le microscope en main, la structure glandulaire de ces tumeurs, les avait regardées comme des hypertrophies mammaires, beaucoup de chirurgiens avaient partagé son opinion. Sans doute, la lymphe épanchée dans les tissus paraît avoir de la tendance à reproduire la

structure de ces tissus; sans doute aussi M. Robin a démontré, dans des points complétement dépourvus de glandes, la formation de tumeurs glandulaires ou, mieux, pseudo-glandulaires (Robin, mémoire *sur la production accidentelle d'un tissu ayant la structure glanduleuse dans des parties du corps dépourvues de glandes;* Société de biologie, 7 avril 1855). Il en a trouvé dans les endroits les plus divers, dans le sinus maxillaire, dans le muscle masséter, en dedans des os du crâne, en avant de la colonne lombaire, etc. etc. Mais d'abord ces productions sont rares, il n'en a trouvé que 8 cas en trois ans sur 550 tumeurs. Ce tissu, dit cet habile micrographe, offre la structure générale des glandes de l'économie, sans pouvoir être confondu avec aucune des espèces connues; il ressemble surtout aux glandes sans conduit excréteur. Ce sont des filaments tubuleux, repliés sur eux-mêmes, ramifiés et remplis d'épithélium. Parmi les trois variétés qu'il distingue entre ces productions morbides, il en est une qui se rapproche des glandes en grappes; ce sont des tubes aplatis, dont la longueur est difficile à déterminer, et offrant pour la plupart à leur extrémité des subdivisions en doigt de gant. On trouve d'autres prolongements en cul-de-sac sur la longueur des tubes. Mais il est à remarquer que l'extrémité du filament opposée à celle qui est terminée par des subdivisions aciniformes, bien que toujours du double ou du triple plus large que les culs-de-sac, ne se continue point en conduit excréteur, comme cela se pratique dans les glandes. Et encore le tissu de ces productions pathologiques n'est-il pas toujours aussi régulier que nous venons de le voir; le plus souvent on n'y trouve guère qu'une ébauche du tissu glandulaire, ce qui a fait dire à M. Broca que ces tissus hétéradéniques étaient plutôt des caricatures de glandes que des glandes véritables.

Cependant, supposons un instant que les tumeurs adénoïdes puissent ainsi se former aux dépens de la lymphe plastique épanchée et prendre un aspect glandulaire assez complet pour qu'on pût se faire illusion; il faudra, pour que cette opinion soit admissible, que

ces tumeurs soient bien réellement indépendantes du tissu mammaire, qu'elles ne lui soient unies par aucun prolongement, mais, dans ces derniers temps, des observateurs nombreux ont montré la continuité de ces tumeurs avec la glande.

Déjà Lebert avait insisté sur ce fait, que les connexions du produit morbide avec le tissu normal étaient difficiles à déterminer d'une manière certaine; car, disait-il, on enlève la tumeur et on laisse le reste.

Il est facile de se rendre compte de la quasi-indépendance de la production pathologique; ainsi une portion minime de la glande s'hypertrophie, elle n'est plus alors unie au tissu sain que par un pédicule d'un quart ou d'un demi-millimètre. Ce pédicule ne passera-t-il pas inaperçu? C'était là une simple vue théorique que sont venues confirmer depuis des observations nombreuses.

En 1854, M. Broca (*Bulletins de la Société anatomique*, t. XXIX, p. 277) montra à la Société anatomique une tumeur adénoïde enlevée par M. A. Richard. Un pédicule dur, résistant, comme fibreux, allait de la tumeur à la glande saine.

M. Houel, dans son manuel d'anatomie pathologique, dit avoir vu aussi cette continuation.

M. Goyrand (*Bulletin de thérapeutique*, 1857) dit aussi avoir vu un pédicule unissant à la glande une tumeur adénoïde.

D'ailleurs ce point d'anatomie pathologique n'est plus aujourd'hui, pour la plupart des chirurgiens, l'objet d'un doute.

De plus, la structure de ces tumeurs est complétement en rapport avec ce qu'a dit M. Robin sur l'hypertrophie des éléments anatomiques et sur celle des tissus (Société de biologie, 6 août 1858). Ce savant histologique montre, dans ce mémoire, que dans les glandes chaque tissu s'hypertrophie a sa manière. Ainsi les culs-de-sac peuvent atteindre un diamètre huit à dix fois plus grand que celui qu'ils ont à l'état normal. La gaîne de ces culs-de-sac devient plus large; en même temps, l'épithélium de la face interne augmente d'épaisseur. Les cloisons cellulo-adipeuses s'hypertrophient également

à leur façon. Il est enfin des cas, ajoute M. Robin, où la masse formée est telle qu'il faut nécessairement admettre qu'il s'est produit des culs-de-sac nouveaux dans les acini ou grains glandulaires. Ne retrouvons-nous pas dans cette description succincte ce que nous voyons se produire dans les tumeurs adénoïdes? N'y voyons-nous pas cet épaississement de la couche épithéliale, cette hypergénèse de tissu fibreux ?

Aussi, malgré la haute autorité scientifique de M. le professeur Velpeau, croyons-nous devoir considérer les tumeurs qu'il a désignées sous le nom d'*adénoïdes* comme des hypertrophies partielles; hypertrophies portant tantôt sur le tissu glandulaire principalement, tantôt sur le tissu fibreux, tantôt enfin sur les deux éléments à la fois.

Nous rapportons plus loin un fait curieux dans lequel nous voyons une hypertrophie générale de la glande, enlevée une première fois, récidiver et former alors une tumeur bien limitée, offrant une membrane fibreuse enveloppante, présentant complétement l'aspect des tumeurs adénoïdes, et dans laquelle le microscope retrouva tous les éléments de cet ordre de production pathologique.

SYMPTÔMES.

Le début de ces tumeurs est d'ordinaire assez obscur : c'est par hasard seulement que les malades s'aperçoivent tout à coup qu'elles ont dans le sein une grosseur mobile, indolente, roulant dans les doigts.

Elle a d'ordinaire, quand on reconnaît sa présence, le volume d'une petite noisette ; à part l'inquiétude que produit chez la femme la découverte d'une tumeur dans la mamelle, elle n'en éprouve aucun inconvénient; sa santé n'en est pas le moins du monde altérée. L'accroissement se fait avec lenteur dans le plus grand nombre des cas. Un fait digne de remarque, c'est que, si la malade est encore réglée, le développement se fait plus rapidement à l'époque

menstruelle ; puis, après la cessation de l'écoulement sanguin, la tumeur conserve le volume qu'elle vient d'acquérir en peu de temps ; elle reste ensuite stationnaire pour s'accroître de nouveau le mois suivant. A mesure que le volume augmente, le produit morbide reste toujours mobile, il ne contracte pas d'adhérence avec la peau et roule dans les tissus profonds.

Au toucher, on constate que sa surface est irrégulière, grenue, comme nodulée ; on éprouve, en la pressant entre les doigts, une sensation que Lebert compare à celle qu'on éprouverait en palpant une agglomération de grains de riz. La consistance, comme nous l'avons dit, est assez variable ; elle tient d'ordinaire le milieu entre la dureté du squirrhe et la mollesse de l'encéphaloïde.

Quand des kystes viennent compliquer l'affection, on peut sentir parfois sur la tumeur un ou plusieurs points fluctuants. La peau a le plus souvent sa coloration normale ; le sein n'est que légèrement déformé.

Quant aux douleurs que détermine la présence dans la mamelle des tumeurs de ce genre, elles sont d'ordinaire assez légères. Les malades n'éprouvent dans le plus grand nombre des cas qu'une sensation de gêne ou de pesanteur qui augmente à la suite des fatigues et des travaux. C'est principalement aux époques menstruelles que se manifestent ces souffrances ; peu de temps avant l'arrivée des règles et pendant leur durée, les femmes ressentent une sorte de tension dans le sein, une douleur contusive qui se prolonge parfois dans le bras correspondant, qui devient aussi quelquefois le siége d'un engourdissement léger. Dans certains cas, les malades éprouvent dans le sein quelques élancements passagers. Ces symptômes coïncident d'ordinaire avec une augmentation de volume de la tumeur.

Nous avons dit que la peau avait son aspect normal ; mais, dans certains cas, le volume excessif de la tumeur amène une distension exagérée des téguments, qui alors sont sillonnés de vaisseaux nombreux ; ils peuvent même rougir, s'enflammer, et même il peut se

former une ulcération. Il se fait dans ce cas une destruction de la peau par usure.

Dans l'immense majorité des cas, on ne trouve pas de ganglions lymphatiques engorgés dans l'aisselle correspondante au sein malade; cependant Lebert a vu quelquefois ces ganglions se tuméfier, mais dans ces cas l'ablation du produit morbide a suffi pour les faire disparaître.

Quand par suite du volume énorme de la tumeur la peau a été détruite dans une certaine partie de son étendue, l'ulcération peut devenir le siége d'une vive inflammation. Elle prend un aspect fongueux, et ces accidents, joints à la grosseur considérable du produit pathologique, peuvent mettre la vie des malades en danger.

Il faut remarquer cependant que dans ces cas même on ne constate aucun des signes de l'infection cancéreuse; il n'y a pas d'altération du teint; l'état général reste longtemps satisfaisant; on n'observe pas le dépérissement cachectique des malades atteintes d'affections carcinomateuses.

Le développement étant presque toujours assez lent lorsque le mal ne s'accompagne pas de complication qui en augmentent la gravité, il peut rester permanent pendant toute la vie sans causer d'inconvénients bien sérieux.

Il n'est pas très-rare de voir des tumeurs de cette nature rester stationnaires pendant un assez grand nombre d'années.

CAUSES.

Ces tumeurs sont loin d'être rares, puisque M. Velpeau en cite dans son ouvrage plus de 150 observations diagnostiquées d'une manière certaine. D'après ce chirurgien, on les rencontrerait principalement chez les femmes non mariées et chez celles qui étant mariées sont restées stériles. Il ne faudrait pas croire cependant que les femmes célibataires y fussent exposées, à l'exclusion de toutes les autres; si le célibat a une influence incontestable, cette influence

est loin d'être très-grande, puisque sur 55 cas, M. Velpeau a trouvé 20 femmes qui avaient eu des enfants.

Certains observateurs ont cru pouvoir affirmer que ces tumeurs étaient en quelque sorte l'apanage exclusif de la jeunesse et de l'âge moyen de la vie; c'était aller beaucoup trop loin. M. Lebert et M. Velpeau ont montré que cette maladie pouvait se rencontrer à tous les âges. Cependant M. Lebert, qui a trouvé que l'âge moyen des femmes atteintes de cancer était de 50 ans environ, a pu constater que pour l'hypertrophie partielle, cet âge moyen était d'un peu plus de 36 ans. Si donc toutes les époques de la vie y sont exposées, on peut dire qu'en général c'est dans la force de l'âge qu'apparaît le plus souvent cette affection.

A. Cooper trouve une corrélation très-importante entre l'état des menstrues et la production de ces tumeurs; en cela il est d'accord avec M. Velpeau qui, comme nous l'avons vu, pense qu'assez souvent les malades qui en sont atteintes éprouvent des irrégularités dans les fonctions utérines. Cependant ce rapport n'est pas d'une grande importance, et il n'est pas rare de trouver cette maladie chez des femmes bien réglées d'ordinaire. La stérilité a été rencontrée dans une proportion plus forte, il paraît y avoir réellement une certaine relation entre elle et l'apparition des adénoïdes.

La santé antérieure ne semble pas avoir d'influence, on ne peut le plus souvent invoquer ni scrofules, ni syphilis, ni tubercules, etc. etc.

Quant aux coups et aux chutes sur le sein, M. Velpeau pense que c'est là une cause fréquente de tumeurs adénoïdes. Nous avons vu que sur 58 cas, il cite 31 femmes qui attribuaient leur mal à une violence extérieure. Lebert partage l'opinion du chirurgien de la Charité, il a pu six fois suivre la filiation existant entre le coup et la production de la tumeur. Il a vu cette dernière se développer à l'endroit même où la glande avait été froissée. Il se fit d'abord un gonflement avec ou sans ecchymose à la région contuse, puis quelques douleurs se manifestèrent, en même temps on commença à

sentir dans la mamelle une dureté mal limitée qui fit place à la tumeur nettement caractérisée, il s'écoula toujours quelques mois entre le développement bien manifeste de l'affection et la violence qui en avait été la première cause.

DIAGNOSTIC.

On comprend sans peine que dans un organe comme la mamelle, où peut se rencontrer un nombre si considérable de tumeurs complétement différentes au point de vue du pronostic, il est assez difficile le plus souvent de distinguer d'une manière certaine ces affections les unes des autres. Aussi, lors même que les tumeurs adénoïdes se présentent avec tous leurs caractères nettement tranchés, leur diagnostic n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire à première vue. Cependant, en ayant bien présents à l'esprit ces caractères, en les comparant aux signes des autres tumeurs de la mamelle, en ayant égard à l'état de la santé générale, on pourra dans le plus grand nombre des cas avoir sinon une certitude complète, du moins une probabilité bien grande.

Certains chirurgiens ont dit, en 1844, dans une discussion à l'Académie de Médecine, que les tumeurs malignes ne pouvaient être distinguées des tumeurs bénignes, c'était aller beaucoup trop loin; sans doute ces affections ont entre elles plus d'un point commun, sans doute aussi les femmes les attribuent le plus souvent à la même cause, et ne peuvent guère indiquer d'une manière exacte la date de l'apparition de la tumeur; cependant il est des signes différentiels qui trompent rarement. L'examen de l'état général met déjà sur la voie du diagnostic : on ne rencontre point chez les malades affectées d'anénoïdes la teinte cachectique, le dépérissement qu'on observe assez souvent chez celles qui portent des tumeurs cancéreuses. De plus, il est rare qu'une affection de nature maligne ne s'accompagne pas d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle correspondante, cet accident est tout à fait exceptionnel dans le cas

d'hypertrophie partielle. La mobilité remarquable de ce produit morbide le fera aisément distinguer du squirrhe, qui toujours est uni à la glande ou aux téguments par quelques tractus.

L'encéphaloïde atteint d'ordinaire rapidement un volume considérable, il adhère à la peau par une large surface, il s'élève vite et fait saillie au dehors; la tumeur adénoïde au contraire se développe avec lenteur et n'atteint que très-rarement un gros volume.

Cependant nous avons vu que parfois les tumeurs dont nous parlons pouvaient par suite de la distension extrême des téguments en amener la destruction; mais cette ulcération ne peut pas être confondue avec celle qui se forme dans les cancers. Il y a encore plutôt usure de la peau ; on ne trouve ni l'ulcération à bords retractés du squirrhe, ni celle à bords fongueux, renversés en dehors de de l'encéphaloïde.

C'est principalement avec les tumeurs bénignes de la mamelle que l'affection dont nous parlons a de nombreux points de contact, et dans certains cas le diagnostic peut être difficile. L'hypertrophie générale s'en distinguera aisément, puisque dans ce cas il y a augmentation de la masse du sein.

Les lipomes peuvent être une cause d'erreur quand ils sont profonds, cependant cette affection se présente plutôt sous la forme d'un peloton mollasse, mal limité, que sous celle d'une tumeur à contours nettement arrêtés. M. Velpeau a néanmoins commis une erreur de ce genre.

Les tumeurs tuberculeuses se reconnaîtront par leur adhérence plus ou moins intime avec les tissus profonds, par leur ramollissement au bout d'un certain temps, par la constitution de la malade.

Mais ce sont les kystes du sein qui peuvent plus que toute autre affection être confondus avec l'hypertrophie partielle. Si le kyste est très-gros, si la fluctuation est manifeste, on ne pourra se tromper; lors même qu'il est petit, s'il est uniloculaire, si sa surface est régulière, l'erreur ne pourra guère non plus être possible à cause de

bosselures qui distinguent l'adénoïde. Pourtant cette affection peut donner dans certains cas une fausse sensation de fluctuation, de plus les bosselures peuvent être effacées par de la graisse interposée entre elles.

L'erreur est facile principalement lorsqu'on a affaire à un kyste peu volumineux, fortement tendu, dans lequel la fluctuation est obscure ou même ne peut être perçue, surtout s'il est multiloculaire, ou s'il est entouré, comme dans l'observation que nous citons plus loin, de petits kystes accolés à sa surface. Dans ces cas, en effet, on trouve une tumeur bosselée, indolente, ayant mis longtemps à se développer, mais moins mobile que les adénoïdes.

Nous savons de plus que dans certains cas, celles-ci sont compliquées de kystes, mais alors on reconnaît d'ordinaire au palper un ou plusieurs points fluctuants, autour desquels on constate la présence d'une tumeur dure et irrégulière.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic des kystes du sein d'avec les adénoïdes est chose difficile, et bien souvent les chirurgiens s'y sont trompés. M. Velpeau s'y est laissé prendre deux fois, malgré sa grande expérience chirurgicale. M. Demarquay a été témoin d'une erreur de ce genre, commise par Blandin. Sanson avait enlevé, quelques années auparavant, à une dame une tumeur du sein qu'il avait cru être un cancer, et qui s'était trouvée être un kyste. Une autre tumeur se développa ensuite dans le sein de l'autre côté; Blandin fut appelé, et après avoir examiné avec soin la malade, il crut pouvoir diagnostiquer sûrement une de ces affections qu'on nommait alors *tumeurs fibreuses,* et qui, comme nous l'avons vu, n'étaient autre chose que des adénoïdes; il pratiqua l'opération, et cette fois encore il trouva sous son bistouri un kyste du sein.

Enfin nous croyons devoir publier ici une observation de kyste de la mamelle, qui donna lieu également à une erreur de diagnostic. Il s'agissait d'un de ces kystes séreux ou plutôt séro-muqueux que M. Velpeau a si bien décrits et qui surviennent à la suite d'une violence extérieure. La cavité principale était multiloculaire, de

plus autour d'elle se groupaient d'autres kystes plus petits. La fluctuation ne pouvait être sentie, même quand on palpait le sein avec la plus grande attention. On trouvait dans cette glande une tumeur dure, bosselée, résistante, assez mobile, qui s'était développée en sept mois sans causer de souffrances, la pression n'y déterminait aucune douleur ; en un mot, c'était un de ces cas de diagnostic difficile où l'erreur peut être très-excusable.

OBSERVATION Ire.

Kyste du sein ; ablation. Guérison.

La dame X....., femme de chambre, âgée de 48 ans, entre, le 21 août 1861, à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay.

Cette dame est forte, bien constituée. Sa conduite a toujours été très-régulière. Sa santé a été d'ordinaire assez bonne. Elle a eu deux maládies, une variole et une fluxion de poitrine, mais elle s'en est remise aussi complétement que possible.

Réglée de bonne heure, elle l'a toujours été depuis cette époque d'une manière très-régulière. Elle est restée célibataire. Il y a quatre mois, ses menstrues, qui depuis quelque temps avaient diminué de fréquence, se sont arrêtées complétement. Sa santé générale n'en a pas souffert le moins du monde.

Au commencement du mois de janvier 1861, se trouvant un soir seule dans sa chambre, sans lumière, elle se heurta le sein droit contre une porte. Le choc fut assez violent, elle éprouva dans le point lésé une douleur qui, vive d'abord, alla en diminuant, puis s'éteignit. Au bout de deux jours, elle ne s'en ressentait plus. Un mois se passa ainsi sans que le sein lui fît mal, sans qu'elle y remarquât rien d'extraordinaire ; puis elle commença à y éprouver quelques souffrances légères qui se manifestaient quand elle était serrée dans son corset. Elle s'aperçut alors qu'elle avait dans le sein

droit une tumeur du volume d'une noisette, mobile sous les doigts, non douloureuse à la pression. Depuis ce moment, cette grosseur alla en augmentant de volume d'une manière lente et insensible, sans causer aucune souffrance, excepté lorsque la dame X..... voulait mettre un corset un peu serré. Elle consulta dans le mois de juin un médecin qui lui conseilla l'opération, mais elle ne voulut pas alors en entendre parler.

Cependant l'accroissement de volume ayant été de plus en plus rapide depuis cette époque, elle décida à se faire enlever sa tumeur, de là son entrée à la Maison de santé, le 21 août.

On constate dans le sein droit une tumeur dure, bosselée, résistante, élastique, mobile dans les tissus, non adhérente à la peau ; celle-ci a sa coloration normale. Cette grosseur, dont le volume égale celui d'une orange, est à peu près complétement indolente à la pression. On ne peut en la palpant avec le plus grand soin y déterminer de fluctuation.

On trouve dans l'aisselle, derrière le bord du grand pectoral, un petit ganglion engorgé. Enfin dans le sein de l'autre côté, est un petit noyau d'induration mal limité, confondu avec la glande, et un peu mobile sous les doigts; pas de douleurs non plus de ce côté.

L'opération est pratiquée le 26 août; deux incisions elliptiques circonscrivent un lambeau cutané qui comprend le mamelon, puis la tumeur est disséquée avec le plus grand soin, et enlevée avec une partie de la glande mammaire. Quelques artérioles qui donnent du sang sont liées immédiatement.

M. Demarquay qui s'était proposé d'enlever aussi le ganglion axillaire veut néanmoins s'assurer auparavant d'une manière certaine de la nature de la tumeur qu'il vient d'extirper; il y pratique une incision, et à peine le bistouri pénètre-t-il dans son tissu qu'il en jaillit un flot de liquide citrin, transparent. Cette tumeur était un kyste. Alors ne poussant pas plus loin l'opération, le chirurgien panse la malade en appliquant au fond de la plaie une plaque d'amadou recouverte de charpie. La malade n'avait pas été soumise aux

inhalations de chloroforme; elle a perdu peu de sang pendant l'opération.

Le 27, le pansement est enlevé, on remplit la plaie de charpie sèche et on la recouvre d'un linge troué imbibé de glycérine.

L'état général est excellent, l'appétit est conservé; on lui donne, le 28, une portion d'aliments.

Les jours suivants, la plaie a bon aspect, on la panse comme il a été dit plus haut.

Cependant, dans les premiers jours de septembre, la suppuration, qui avait été d'abord abondante, diminue rapidement, les surfaces à nu deviennent sèches, rouges; les bords sont un peu grisâtres.

On fait le pansement avec de la charpie trempée dans du vin aromatique; puis, comme ce traitement ne paraît pas amener de changements notables, on le remplace le 12 septembre par un pansement avec de la charpie imbibée de jus de citron; grâce à ce moyen, les surfaces se modifient d'une manière satisfaisante, la suppuration reparaît abondante et de bonne nature; les bourgeons charnus reprennent leur aspect normal; l'appétit est toujours assez bon. La malade se lève et commence à se promener le 17 septembre.

Depuis cette époque, la plaie a marché d'une manière régulière vers la cicatrisation.

Le 2 octobre, la malade quitte la Maison de santé pour aller passer sa convalescence à la campagne; elle est en très-bonne voie et tout fait espérer que rien ne viendra entraver sa guérison. La plaie a bon aspect, elle a presque diminué des trois quarts.

La tumeur enlevée est constituée par un kyste du volume d'un gros œuf de poule, à grand diamètre transversal; ses parois sont épaisses, l'aspect fibreux, faisant corps avec le tissu cellulaire qui sépare les uns des autres les lobules mammaires. La paroi interne est lisse, luisante, d'aspect séreux, offrant par places des plis que la distension n'efface pas. On y remarque en outre deux enfoncements, deux diverticulums, dont un a la capacité d'une noisette;

celui-ci est séparé du kyste principal par une sorte de cloison incomplète percée à son centre d'un trou circulaire ; l'autre cul-de-sac, moins profond, ressemble à une impression digitale ; il est limité à sa partie supérieure par une sorte de valvule sigmoïde à concavité inférieure. Ces deux enfoncements sont situés à la partie postérieure du kyste ; on ne remarque aucun cul-de-sac du côté du mamelon.

Ces culs-de-sac et ces replis de la paroi interne font penser qu'il s'agit d'une cavité qui, multiloculaire d'abord, est devenue uniloculaire.

Autour du kyste principal se groupent trois kystes plus petits ; l'un, du volume d'une grosse noisette, en occupe la partie supérieure ; les deux autres sont chacun de la grosseur d'un pois. En palpant entre les doigts la masse de tissu qui entoure ces kystes, on sent par places de petites indurations disséminées ; en les fendant avec le bistouri, on reconnaît que l'une d'elles est un petit kyste gros comme une lentille ; les autres paraissent formés par du tissu fibreux.

Le liquide contenu dans ces cavités est muqueux, transparent, filant, il a un peu l'aspect de la synovie et colle légèrement entre les doigts.

Nous venons de voir qu'il est des tumeurs nombreuses qui peuvent être difficilement diagnostiquées d'avec les hypertrophies partielles. Un cas bien plus curieux peut se présenter ; il peut se faire qu'une femme qui n'a absolument rien d'anormal dans le sein, croie pourtant y ressentir une tumeur, il peut se faire même que le médecin se fasse illusion à cet égard.

M. Velpeau insiste beaucoup, en effet, sur ce qu'il nomme *tumeurs imaginaires*. Il est des femmes nerveuses, impressionnables, qui, après avoir reçu un coup sur le sein ou après s'être froissé cette glande de quelque façon que ce soit, y ressentent quelques douleurs. Elles s'inquiètent, elles se palpent la mamelle ; elles s'imaginent y sentir quelque chose de gros, de dur ; elles consultent un médecin ;

celui-ci peut, même après un examen superficiel, croire à l'existence d'une tumeur et pratiquer une opération inutile. M. Velpeau a eu dans son service une pauvre fille qui le priait, le suppliait de l'opérer, et qui pourtant n'avait dans le sein aucune production morbide. Son sein était criblé de cicatrices résultant d'incisions qui y avaient été pratiquées soit dans son pays, soit à Paris. Il est fort important de savoir que tous les lobules de la mamelle n'ont pas la même consistance et que cette différence peut tromper le médecin. S'il saisit la glande transversalement entre les doigts, il peut même à l'état normal rencontrer ainsi un lobule qui surpasse les autres en densité et croire à l'existence d'une tumeur; il faut, pour s'assurer du fait, examiner la mamelle d'une main, en pressant d'avant en arrière, pendant que l'autre main soutient à peine le pourtour de l'organe. Si l'on n'a affaire qu'à une différence dans la dureté des parties constituantes de la glande, cette différence disparaît alors, sinon la tumeur persiste et se rencontre sous les doigts.

En somme, lorsque après un examen attentif, on trouvera chez une femme dont l'état général est très-bon, qui est jeune encore, qui n'a pas eu d'enfants, une tumeur du sein dure, bosselée, peu volumineuse, complétement mobile, ayant mis longtemps à se développer, indolente, on pourra, sans crainte d'erreur, diagnostiquer une hypertrophie partielle.

Si on craint d'avoir affaire a un hyste, une ponction exploratrice pourra être utile.

Enfin, après l'ablation de la tumeur, l'examen de celle-ci viendra confirmer le diagnostic. Une simple coupe suffira d'ordinaire au chirurgien expérimenté. Il ne pourra confondre à première vue le tissu d'une adénoïde avec celui d'un squirrhe ou d'un encéphaloïde. La couleur, la présence des lobes, l'absence de liquide lactescent au raclage du bistouri, la forme du produit pathologique, sa consistance, le renseigneront d'ordinaire suffisamment. Enfin, s'il doute encore, le microscope l'instruira complétement de ce qu'il veut sa-

voir, il lui montrera les lobules glandulaires caractéristiques. Il est pourtant des cas où le microscope seul ne peut lever tous les doutes, nous publions l'observation d'un fait dans lequel, malgré un examen consciencieux, un micrographe expérimenté, M. Luys, n'a pu décider d'une manière exacte de la nature intime de la tumeur et n'a pu que lui assigner une bénignité relative.

L'affection avait par ses symptômes, par sa marche, offert des caractères assez analogues à ceux des tumeurs hypertrophiques partielles; on remarquait surtout dans le produit morbide une hypergénèse considérable du tissu fibreux.

OBSERVATION II.

Tumeur de la mamelle droite; ablation. Guérison.

La dame X....., âgée de 50 ans, entre, le 4 novembre 1861, à la Maison de santé. Cette femme, bien qu'un peu maigre, offre toutes les apparences d'une bonne santé. Mariée il y a deux ans seulement; elle n'a jamais eu d'enfants. Avant son mariage, elle s'était toujours bien portée, et ses menstrues avaient toujours été très-régulières; il y a deux ans environ, c'est-à-dire à l'époque de son mariage, elle a cessé d'être réglée; la ménopause s'accomplit sans accidents sérieux. Néanmoins la malade fait remonter à cette époque le début de la tumeur qu'elle porte au sein droit. Cette tumeur occupait alors la partie profonde et à peu près médiane du sein; la dame X..... la découvrit par hasard; car ni alors ni depuis elle n'y ressentit aucune douleur. Depuis lors la tumeur a toujours continué à grossir sans gêner la malade autrement que par son poids et par son volume.

Lors de son entrée à la Maison de santé, on constate dans le sein droit l'existence d'une tumeur volumineuse, hémisphérique, lobulée, élastique, offrant dans quelques points une sensation de fluctuation, mobile sur le grand pectoral et sous la peau qui a

conservé son aspect normal; pas de ganglions dans le creux axillaire.

M. Demarquay en pratique l'ablation le 7 novembre 1861. La dissection se fait très-rapidement; il suffit de quelques ligatures pour arrêter l'écoulement du sang.

Les suites de l'opération furent très-simples; la cicatrisation ne tarda pas à se faire.

L'examen de la pièce montre que la masse morbide est enveloppée d'une membrane d'aspect fibreux et séparée du reste de la glande qui a été refoulée en dehors. A la coupe, on voit que la tumeur est constituée par des lobes et des lobules parfaitement distincts. Cette coupe fait également voir des conduits galactophores dont le calibre est considérablement augmenté. La densité de la tumeur est loin d'être partout la même; dans certains points, son tissu ressemble à celui de la glande mammaire; dans d'autres, son aspect rappelle le squirrhe; enfin on trouve une quantité de petits lobules de substance grasse, présentant une teinte jaunâtre.

Çà et là étaient de petits kystes renfermant un liquide transparent.

Entre la tumeur et la peau on trouve une couche de glande mammaire qui a été refoulée par le tissu morbide.

M. Luys a examiné au microscope la structure de ce tissu. Il y a trouvé des lobules mammaires apparaissant sous forme de mamelons irréguliers et verruqueux. Une série de ces petites saillies accolées entre elles donnait à la portion du tissu qu'il examinait l'aspect du chou-fleur.

Les lobules glandulaires, séparés les uns des autres par une série de prolongements fibreux disposés sous forme de cloisons, étaient surtout indépendants dans leur portion terminale; dans les points où ils étaient en contact, ils ne formaient plus qu'une masse de tissu conjonctif dont les éléments étaient cohérents. Leurs parois étaient notablement épaissies par le développement d'un tissu de nouvelle formation. La cavité des lobules était occupée par une production

nouvelle de tissu conjonctif lâchement constitué; c'était ce tissu conjonctif, lâche dans les lobules terminaux, qui s'épaississait et se condensait peu à peu pour former la portion solide de la tumeur.

Entre les mailles de ce tissu conjonctif de nouvelle formation étaient des masses de substances grasses diversement colorées.

« Quant au groupement de cette tumeur dans les cadres d'anatomie pathologique, elle nous paraît, ajoutait M. Luys, s'éloigner de la classe des cancers : 1° à cause de son peu de vascularisation ; 2° à cause de l'aspect gélatiniforme de certaines portions ; 3° à cause du défaut de fusionnement des éléments anatomiques, qui sont lâchement unis, et de l'indépendance des lobules ; 4° à cause du défaut de prolongement dans les régions ambiantes.

« D'un autre côté, elle nous paraît s'en rapprocher : 1° à cause de l'abondante proportion des éléments de nouvelle formation ; 2° ces éléments nouveaux, condensés par places, forment çà et là des tractus, des indurations comparables à celles du squirrhe ; 3° l'hypergénèse abondante des éléments nouveaux annonce une vitalité notable dans le pouvoir prolificateur des éléments conjonctifs.

« Cependant l'enkystement de la tumeur, l'absence d'irradiations envahissantes dans les tissus voisins, permettent de faire supposer une certaine bénignité relative. »

PRONOSTIC.

Les hypertrophies partielles sont, comme nous l'avons déjà vu suffisamment, des tumeurs éminemment bénignes par elles-mêmes ; c'est une affection purement locale qui n'altère en rien la santé générale. Souvent on a vu des femmes chez lesquelles des affections de ce genre avaient acquis un volume considérable, et qui pourtant se portaient assez bien, malgré les proportions que le mal avait atteintes. Dans une des observations qui suivent, nous voyons une

dame qui, pendant dix ans de sa vie, a été opérée cinq fois pour des récidives successives, et qui, après la cinquième opération, jouissait d'une santé excellente. Il est donc bien démontré qu'à moins de complications, cette affection n'a aucune influence sur la constitution des malades. Leur développement étant d'ailleurs très-lent d'ordinaire, on comprend qu'il leur faut un temps assez long pour que leur volume leur donne un certain caractère de gravité.

A. Cooper admettait qu'elles pouvaient disparaître spontanément; il pensait que la lactation avait sur leur marche une influence heureuse, et pouvait amener leur résolution. M. Velpeau cite également des exemples de guérison spontanée; d'après ce chirurgien, c'est principalement après la ménopause que ces tumeurs ont le plus de tendance à se résoudre. Mais il faut bien avouer que ce sont là des exceptions assez rares, et que le plus souvent le mal s'accroît d'une manière lente et plus ou moins régulière, sans s'arrêter définitivement dans sa marche.

Une tumeur hypertrophique partielle peut-elle causer la mort? C'est un fait rare, sans doute, mais néanmoins incontestable. M. Velpeau en cite un exemple fort intéressant. Il arrive en effet, dans certains cas, que l'affection, après être restée longtemps stationnaire, augmente ensuite rapidement; il se fait une distension exagérée des téguments : de là leur inflammation, leur gangrène ; une ulcération se forme, elle devient fongueuse, et enfin les progrès du mal peuvent mettre la vie en danger. Cependant, à cette période même, si l'opération est encore possible, on peut espérer en la pratiquant d'obtenir une guérison définitive.

Il nous reste maintenant à parler de la récidive de ces tumeurs. C'est encore là un fait sur lequel on ne peut plus émettre le moindre doute ; elles peuvent même, comme nous l'avons vu, répulluler un grand nombre de fois. Mais ces cas sont véritablement exceptionnels, et, le plus souvent, une seule opération suffit pour amener une guérison radicale. Néanmoins la récidive est possible; elle peut

même se présenter sous deux formes, que nous allons étudier successivement.

1re *forme*. Si une tumeur adénoïde peut subir la transformation cancéreuse, on comprend qu'alors elle puisse répulluler à la manière des cancers. Or M. Velpeau cite plusieurs cas fort curieux de dégénérescence de ces produits morbides. Dans un des faits qu'il rapporte, la tumeur était formée en partie par du tissu glandulaires en partie par du tissu cancéreux ; dans une autre observation, on voit une tumeur franchement adénoïde, dont l'ablation est pratiquée, récidiver au bout de quatre mois, sous la forme d'un encéphaloïde bien nettement caractérisé. Si donc il est bien prouvé qu'une affection bénigne, comme celle dont nous parlons, puisse ainsi subir la dégénérescence carcinomateuse, il est évident qu'elle répullulera presque nécessairement ; seulement, dans ce cas, elle infectera l'économie, et l'état général ne tardera pas à s'altérer.

2e *forme*. Cette forme est celle dans laquelle la tumeur enlevée reparaît au bout d'un temps plus ou moins long avec sa structure glandulaire. C'est là, en quelque sorte, la récidive véritable, celle qui doit surtout nous occuper ici. M. Velpeau en cite plusieurs exemples, nous en rapportons nous-même plus loin deux observations. Dans la première, il s'agit d'une hypertrophie générale ayant répullulé sous la forme d'une tumeur lobulée, bien limitée, offrant tous les caractères des adénoïdes. Dans la seconde, nous voyons une affection de ce gence récidiver six fois en présentant toujours la même structure glandulaire. Nous devons faire remarquer ici que, chez cette dernière malade, M. Demarquay, pour se mettre à l'abri de toute chance de récidive, avait, lors de la seconde opération, enlevé tout ce qu'il avait pu trouver de glande mammaire, ce qui n'empêcha pas le mal de répulluler encore quatre fois. Mon ami M. Chalvet, dans un rapport qu'il a fait à la Société anatomique, en avril 1861, s'est demandé si, en présence des faits de ce genre,

on ne devait pas soulever la question suivante : Les tumeurs récidivées sont-elles formées par des dépôts successifs de lymphe plastique, comme le veut M. Velpeau, ou bien sont-elles dues à l'hypertrophie de grains glandulaires échappés au bistouri ? Il n'a pas hésité à adopter cette dernière opinion ; c'est aussi celle qui nous paraît la plus admissible. D'une part, en effet, les tissus hétéradéniques sont bien loin d'avoir aussi exactement la structure glandulaire que ne l'avaient les tumeurs successivement enlevées du sein de notre malade; d'autre part, la dissémination, l'indépendance des lobules mammaires est telle chez certaines femmes, qu'il est bien difficile d'enlever d'une manière certaine toute la glande mammaire. Un chirurgien ne peut être sûr d'avoir extirpé tous les éléments de l'organe, et ne suffit-il pas qu'il soit resté un lobule presque imperceptible pour qu'en s'hypertrophiant il devienne le point de départ d'une tumeur ?

M. Parmentier ayant en 1860 présenté à la Société anatomique une tumeur adénoïde récidivée, M. Chalvet, qui examina la pièce pathologique avec le plus grand soin, découvrit deux lobules glandulaires, disséminées sur les limites de la section de la masse adipeuse qui enveloppait la tumeur, et pourtant dans ce cas aussi l'opérateur, dans le but de mettre la malade à l'abri d'une récidive, avait extirpé tout ce qu'il avait pu trouver du tissu glandulaire.

La dissémination des éléments de la mamelle étant un fait incontestable, n'est-il pas raisonnable d'admettre que les tumeurs récidivées sont des hypertrophies successives de lobules isolées et non des produits de formation nouvelle ?

OBSERVATION III.

Hypertrophie mammaire générale ; récidive ; opération ; érysipèle. Mort.

Mme X...., âgée de 40 ans, entre, le 25 novembre 1859, à la Maison municipale de santé. Cette dame, d'une bonne santé habituelle, de

taille moyenne, a toujours été bien portante et n'a jamais présenté aucune manifestation d'une diathèse quelconque. Réglée à l'âge de 15 ans, elle l'a toujours été régulièrement. Elle a eu deux grossesses, la dernière il y six ans. Elle a nourri chacun de ses enfants pendant un an. Lors de sa dernière grossesse, elle s'aperçut que son sein augmentait de volume ; elle ne sentait aucun point de la mamelle plus dur, plus volumineux ; il y avait seulement accroissement général du volume de la glande. Son médecin l'engagea à ne nourrir son enfant que du sein droit. Malgré cette précaution, l'augmentation du sein continua ; elle n'y ressentait aucune douleur. Il y a cinq ans, elle consulta M. Velpeau, qui lui prescrivit le traitement suivant : Tous les mois elle devait appliquer huit sangsues dans le creux de l'aisselle, elle devait se purger tous les huit jours et faire des frictions sur le sein avec une pommade à l'iodure de potassium. Ce traitement fut suivi pendant trois mois ; mais, comme la tumeur ne diminuait pas et que la malade éprouvait des troubles digestifs et s'amaigrissait, elle cessa ce traitement. Depuis lors, elle a essayé sans succès toutes sortes de pommades.

Elle n'a pas eu ses règles depuis quatre mois, et c'est depuis cinq mois seulement que sa tumeur a augmenté de volume avec une grande rapidité.

Elle éprouve de l'inappétence depuis quelque temps, et elle remarque qu'elle maigrit de jour en jour.

Le poids de la mamelle s'opposant à la dilatation complète du thorax, elle respire avec difficulté ; pendant la nuit, elle a une transpiration abondante.

Elle entre à la Maison de santé pour être débarrassée de cette tumeur incommode, dont le développement inquiétant menace sa santé.

La mamelle gauche a le volume d'une grosse tête d'adulte ; sa base est largement pédiculée, glissant librement sur la paroi thoracique ; la surface de la mamelle est bosselée d'une manière inégale ; la peau est violacée, lisse, sillonnée par d'énormes veines du

calibre du petit doigt, à gauche et en haut; la peau sous laquelle rampe une de ces veines est très-amincie et distendue, sa déchirure est imminente; le mamelon est presque complétement effacé, et porté en bas et à gauche; il n'y a plus trace d'aréole; par la palpation, on sent des parties de consistance très-molle, au milieu desquelles sont des points plus durs, et la partie externe, paraissant se prolonger jusque dans l'aisselle, présente une grande masse de consistance plus ferme rappelant celle des tumeurs fibreuses; c'est cette partie de la tumeur dont le développement est plus récent, au dire de la malade. En embrassant la base de la mamelle avec les deux mains, on la pédiculise facilement, et on voit les veines qui sillonnent sa surface se tuméfier. La circonférence de la base est de 66 centimètres; une ligne tirée un peu obliquement de haut en bas et de dedans en dehors du sternum au mamelon mesure 33 centimètres; la demi-circonférence de la tumeur, de haut en bas et dans le sens antéro-postérieur, est de 48 centimètres.

Le 30 décembre, la malade étant chloroformée, M. Demarquay procède à l'ablation de la tumeur. La base est circonscrite par deux incisions courbes; l'incision à courbe supérieure est pratiquée en premier lieu; l'écoulement du sang veineux est moins considérable qu'on ne s'y attendait; la tumeur est énucléée sans difficulté aucune; il s'écoule, après la première incision, de l'intérieur de cette masse, par une ouverture placée entre les deux lobules de la partie supérieure, une quantité considérable de liquide purulent; un très-grand nombre d'artères sont liées, mais aucune n'a un calibre développé; tous les fils de ligature sont coupés, et la plaie réunie par première intention; la suture est pratiquée avec des fils d'argent; les lèvres de la plaie ne sont pas réunies à l'extrémité externe et inférieure pour permettre l'écoulement du pus.

Examen de la tumeur. Son poids est de 4 kilogrammes; elle présente la forme d'une demi-sphère aplatie, la peau qui la recouvre est amincie; le panicule graisseux, si abondant d'ordinaire dans

cette région, a complétement disparu; toute la masse est enveloppée par un feuillet fibreux qui s'enlève facilement; au-dessous on voit des masses lobulaires de grandeur et de forme différentes, chacune est enveloppée par une membrane fibreuse assez épaisse, de sorte qu'elles sont isolées parfaitement les unes des autres; le volume de ces lobes est variable, les plus gros ont la dimension du rein, il en est d'autres qui ne sont pas plus gros qu'une noix; en les séparant les uns des autres par la dissection, on voit au centre de la tumeur une grande cavité anfractueuse renfermant encore du liquide d'aspect purulent, dont la plus grande quantité s'est écoulée pendant l'opération.

L'examen micrographique de ce liquide sera rapporté plus loin. On n'a pu retrouver aucune trace des canaux galactophores; la peau a été enlevée très-facilement au point où était le mamelon: la consistance de ces divers lobes n'est pas la même, il en est de très-durs, d'autres de consistance molle.

Ces différentes masses sont ouvertes successivement: l'aspect de la surface de leur coupe varie presque avec chacune d'elles; dans le plus grand nombre, on voit à la coupe une surface blanchâtre, granuleuse, graissant peu l'instrument tranchant. En disséquant ces granulations, on voit qu'elles sont parcourues par de petits canaux dont la surface interne est lisse, polie, humectée par un liquide onctueux; ces granulations forment des culs-de-sac plongeant dans une gangue fibreuse; dans quelques lobes sont de petits kystes vésiculaires à enveloppe mince, remplis du même liquide filant; dans deux ou trois lobes, l'élément granuleux existe encore, mais en moins grande abondance; il n'y a plus que quelques granulations blanchâtres perdues dans une graisse jaunâtre parcourue par des bandes fibreuses; les lobes qui ont la consistance fibreuse présentent à la coupe une surface blanche, unie, presque lisse, et il n'y a plus de granulations; leur aspect rappelle tout à fait celui des tumeurs dites *fibreuses;* enfin un ou deux lobes assez volumineux sont entourés par une coque fibreuse, épaisse, résistante, le scalpel les

divise à peine, leur surface a une apparence fibroïde, leur consistance est lardacée, mais, en raclant la surface, on ne rapporte pas sur la lame du scalpel le suc cancéreux caractéristique.

M. le Dr Dufour a examiné avec soin divers morceaux de la tumeur et nous a remis la note suivante :

« Sur les morceaux, deux étaient composés en grande partie de graisse, d'un blanc mat, constitué par de superbes vésicules adipeuses, et non par des granulations graisseuses comme on en rencontre parfois dans certaines tumeurs mammaires ; c'était donc du tissu adipeux véritable ; tous les autres morceaux présentaient une structure identique, dans deux ou trois seulement on pouvait retrouver dans certains points les restes du tissu mammaire normal, caractérisé par des acini bien évidents, avec leur épithélium.

« Le reste des morceaux, à structure identique, était formé par du tissu fibreux à divers états, soit de fibres proprement dites, soit de masses légèrement granuleuses et d'aspect fibroïde, le tout entrelacé de nombreux noyaux et de cellules très-allongées de tissu conjonctif (autrement dits noyaux et cellules fusiformes fibro-plastiques) ; l'une de ces masses de tissu fibreux affecte une disposition remarquable, elle paraît s'être développée immédiatement dans la sphère celluleuse qui englobe et relie entre eux les plus petits lobules de la glande, de manière que cette masse simule à s'y méprendre l'aspect d'une hypertrophie glandulaire de la mamelle. Nulle part, au microscope, on ne découvre d'acini mammaire avec leur épithélium ; seulement les trousseaux fibreux affectent la forme d'ampoule des acini autour desquels ils paraissent s'être développés, et les avoir étouffés en quelque sorte par leur développement morbide. »

M. Robin a aussi constaté une hypertrophie portant à la fois sur les éléments glandulaires et sur la trame fibreuse, les différents aspects du tissu tenaient surtout à la plus ou moins grande quantité relative de cette trame et des culs-de-sac glandulaires.

Il a examiné au microscope le liquide trouvé dans la cavité dont nous avons parlé, et l'a trouvé formé par une sérosité tenant en

suspension des globules dits du mucus, la plupart devenus granuleux, un grand nombre de granules et de gouttelettes huileuses, et une assez grande quantité de globules sanguins.

Résultat de l'opération. La réunion par première intention s'est parfaitement effectuée; huit jours après l'opération, les sutures ont été enlevées.

13 décembre. La plaie marche rapidement vers la cicatrisation; il s'écoule encore un peu de pus par l'extrémité externe; la malade quitte le service peu de jours après.

La guérison se maintint jusqu'au mois de septembre 1860; à cette époque, la malade s'aperçut que son sein recommençait à grossir; dès lors la tumeur continua à croître sans occasionner de douleurs. Décidée à se faire opérer de nouveau avant que le mal ait acquis une gravité plus grande, la malade rentre à la Maison de santé le 20 novembre 1860; voici quel est alors l'aspect extérieur de sa tumeur : elle a la forme d'une moitié d'ovoïde et ne dépasse pas la ligne médiane du sein; à la partie externe on trouve un lobule du volume d'un œuf de pigeon, lequel se replie sur la tumeur principale et en est séparé par une sorte de rainure analogue à la rainure mastoïdienne; la cicatrice est parfaite, linéaire à la partie interne, un peu plus large en dehors; la partie externe de la tumeur est molle, la partie interne est plus dure et plus résistante. Il semble donc que la masse totale soit formée de trois petites tumeurs distinctes, dont l'une est superposée aux deux autres.

Il n'existe dans l'aisselle aucun engorgement ganglionnaire; les commémoratifs et l'état actuel de la tumeur éclairaient suffisamment le diagnostic, il s'agissait cette fois encore d'une hypertrophie mammaire, et l'opération que désirait vivement la malade était parfaitement indiquée.

M. Demarquay y procède le 22 novembre. La malade ayant été préalablement soumise aux inhalations de chloroforme, le chirurgien énuclée assez facilement la tumeur qui n'a que des adhérences celluleuses avec les muscles pectoraux; les bords de l'incision sont

réunis au moyen de fils métalliques. — Pansement à la glycérine.

La malade ne peut dormir la nuit qui suit l'opération.

Le lendemain matin 23, on remarque que le lambeau supérieur a un aspect moucheté et une teinte lie de vin ; le soir, il survient des vomissements.

Le surlendemain 24, il n'y a plus à s'y méprendre, il s'agit d'un érysipèle qui a envahi les deux tiers de la plaie et qui s'étend surtout au-dessus de la clavicule jusqu'au mamelon du côté opposé ; le pouls est à 120 ; il n'y a pas eu de frisson initial.

Le 25, l'érysipèle continue à s'étendre ; le soir, fièvre violente, agitation, injection de la face.

Le 26, la rougeur se prolonge en avant jusqu'à 10 centimètres au-dessous de la plaie et en haut jusqu'à la clavicule ; en arrière elle a envahi le dos et forme autour du thorax une ceinture presque complète ; phlyctènes assez nombreuses ; langue recouverte d'un enduit limoneux ; le traitement a consisté jusqu'ici en eau de Sedlitz, bouillon, potages, bordeaux et limonade vineuse ; l'apparition du flux menstruel fait suspendre l'eau de Sedlitz.

Le 27, l'érysipèle continue ses progrès ; il s'étend en arrière jusqu'à l'épaule, et descend jusque sur les reins.

Le matin, la malade a eu un vomissement. Le tiers externe et le tiers interne de la plaie restent réunis ; il existe à la partie moyenne un point gangréneux d'environ 3 centimètres de diamètre.

Les règles ayant cessé, on reprend l'eau de Sedlitz.

Le 29, la rougeur pâlit en avant ; en arrière, elle s'étend jusqu'au bas des reins.

Le 30, l'érysipèle continue sa marche envahissante ; subdelirium, prostration extrême.

Le 1er décembre, état adynamique très-grave, diarrhée, pouls fort, ondulant (120 pulsations au moins) ; rêvasseries continuelles ; bouillon, potages, bordeaux, sulfate de quinine.

Le 2 au soir, fièvre violente, délire ; l'érysipèle a envahi la face et s'étend au bras.

Le 3, amélioration apparente; la malade qui avait eu jusque-là une diarrhée très-intense n'en a presque plus. La rougeur pâlit dans le dos; on y remarque de nombreuses excoriations, dont une ou deux sont saignantes. Le pouls est toujours plein et fort; la bouche est pâteuse, la langue fuligineuse; on constate un peu d'engorgement pulmonaire.

Le 4, l'érysipèle recouvre la presque totalité de la face et du cuir chevelu; il existe encore un peu de diarrhée; les vomissements ont cessé.

Le 5, la rougeur pâlit dans tous les points qu'elle avait envahis précédemment; elle se prolonge jusqu'aux avant-bras; la malade a toujours des nausées, mais elle peut garder ce qu'elle prend. Cependant son état va en s'aggravant, et elle succombe à cinq heures du matin avec des phénomènes asphyxiques : teint livide, cyanose, lèvres bleuâtres, pouls tremblotant, etc.

Voici maintenant l'examen micrographique fait par notre si regretté confrère, le Dr Ch. Dufour :

« La partie enlevée se compose cette fois de trois lobes, deux assez rapprochés et confondus dans une même masse de tissu adipeux, et un qui m'a été remis tout à fait libre. Ce dernier est gros environ comme une cerise; des deux autres, l'un a le volume d'une noisette, l'autre celui d'une noix. Il semble que ces tumeurs aient siégé profondément, car, à la face profonde du morceau de graisse qui les supporte, on voit des fibres musculaires. Ces trois produits morbides ne se touchent pas et ne paraissent avoir aucun lien membraneux qui les unisse. Nulle part on n'aperçoit de traces de tissu mammaire normal. Ces tumeurs sont toutes les trois d'une structure parfaitement identique. Elles apparaissent, à la coupe, composées d'un tissu gris rosé; on y voit çà et là de très-fines arborisations vasculaires. La texture du tissu est grenue, mamelonnée, tout à fait comparable à celui des hypertrophies mammaires circonscrites; seulement les grains ou mamelons sont un peu plus gros, un peu plus rosés, un peu plus mous que dans les hypertrophies ordinaires.

Cette ressemblance est confirmée par l'examen au microscope, qui nous permet de voir des tubes et des culs-de-sac glandulaires très-nets, seulement très-amplifiés. Ces canaux ont une membrane anhyste très-évidente et un épithélium très-bien développé, d'apparence tout à fait normale. Il a en moyenne 74 dix-millièmes de millimètre. »

OBSERVATION IV.

Hypertrophie mammaire partielle; six récidives successives; à la sixième, opération; érysipèle. Mort.

La dame F....., de Maubeuge, est âgée de 52 ans; elle est forte, bien constituée, jouissant d'un embonpoint assez prononcé; elle n'a jamais fait une maladie grave.

Elle est entrée pour la première fois à la Maison de santé en mai 1852, pour se faire enlever une tumeur du sein droit. Cette tumeur, du volume du poing environ, avait commencé à se montrer un an auparavant; elle n'était pas alors plus grosse qu'une noisette, assez dure, mobile, indolente. Malgré son accroissement de volume, elle était restée tout à fait mobile sur les tissus voisins; la peau avait conservé son apparence et sa couleur normales; le mamelon n'était pas rétracté, le sein lui-même n'était pas déformé, et on ne reconnaissait l'existence de la tumeur que par son volume; enfin elle n'avait commencé à devenir douloureuse que six mois après son apparition.

M. Monod fit l'ablation de cette tumeur au mois de mai 1852: deux mois après, la plaie était presque complétement fermée, et la malade retourna dans son pays; la cicatrisation était complète trois semaines après.

Au bout de trois ans, cette femme remarque à la partie inférieure du sein, assez loin de la cicatrice, une nouvelle tumeur qui, comme la première, n'était pas plus grosse qu'une noisette et n'était nullement douloureuse. Quelque temps après, elle reconnaît l'existence

d'une seconde tumeur à peu près de même volume à la partie tou à fait externe du même sein, également indépendante de la cicatric qui n'arrivait pas jusque-là. Ces deux tumeurs, tout à fait indépen dantes l'une de l'autre, grossirent d'abord assez rapidement pen dant trois ou quatre mois, sans que la malade éprouvât aucune dou leur, puis un peu plus lentement ensuite en se comportant absolu ment comme la première.

Comme celle-ci, elles étaient le siége de petits élancements reve nant par intervalles, surtout lors des changements atmosphé riques.

Quand la malade se décida à subir une nouvelle opération, ce deux tumeurs avaient l'une et l'autre un volume à peu près égal celui de le première; elles étaient dures, sans adhérences avec le tissus voisins ni avec la cicatrice; la peau était intacte et mobile.

La malade rentra à la Maison de santé au mois de janvier 1856, e le 20 de ce mois, M. Demarquay lui enleva les deux tumeurs, e avec elles la cicatrice résultant de la première opération.

Pour mettre cette maladie à l'abri de toute récidive, MM. Monoc et Demarquay furent d'avis d'enlever complétement non-seulemen les deux tumeurs, mais tout ce qui pouvait rester du tissu glandu-laire.

M. Demarquay disséqua avec le plus grand soin toute la gland mammaire. Cette fois la malade resta à la Maison de santé pendan trois mois; un abcès développé dans la partie supérieure du sei retarda sa guérison. Au bout de ce temps, elle voulut sortir, quoi-qu'une assez grande étendue de la plaie ne fût pas encore cicatrisée. La cicatrisation ne se fit pas complétement; lorsque la plaie se fer-mait, la cicatrice de l'ancienne ouverture de l'abcès se rouvrait, et réciproquement.

Une nouvelle tumeur ne tarda pas à se montrer au niveau même de la partie de la plaie incomplétement cicatrisée; elle grossit assez rapidement, et au mois de janvier de l'année suivante (1851), elle

avait à peu près le volume des précédentes. Nouvelle opération pratiquée le 2 janvier.

Le 10 mars suivant, la cicatrisation est complète.

Trois mois après, nouvelle tumeur développée à côté de la cicatrice. Quatrième opération pratiquée le 18 octobre ; cicatrisation au bout de deux mois.

Enfin, le 2 novembre 1858, la malade rentre à la Maison de santé pour la cinquième fois après une nouvelle récidive. A ce moment, on voit à la région mammaire droite une longue cicatrice transversale, un peu déprimée à sa partie moyenne, de laquelle partent de haut en bas deux autres cicatrices plus courtes et verticales correspondant aux deux dernières opérations. La peau, un peu froncée, dépasse le niveau de la cicatrice, surtout à sa partie externe ; mais on ne peut reconnaître l'existence du tissu mammaire ni au voisinage ni au niveau de cette cicatrice. La partie moyenne de celle-ci, un peu en dehors des deux cicatrices verticales, repose sur une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon, arrondie, irrégulière, assez ferme, élastique, et très-mobile dans les tissus voisins ; la cicatrice elle-même n'y adhère pas ; elle est un peu violacée à ce point. Cette petite tumeur a commencé à se développer vers le mois de mai dernier. Quand la malade l'a remarquée, elle avait le volume d'un gros pois. A partir du moment de son apparition, elle a grossi d'abord très-lentement pendant les deux premiers mois, puis plus rapidement pendant les quatre derniers, à partir du moment où la malade a cessé d'être réglée. Cette petite tumeur, comme les précédentes, fait éprouver de temps à autre, et surtout aux changements de temps, de petites douleurs lancinantes, très-supportables du reste ; elle n'est pas douloureuse à la pression.

M. Demarquay enlève cette petite tumeur le 4 novembre 1858. Après une incision transversale sur le tissu de la cicatrice qui la recouvre, il dissèque de chaque côté la cicatrice et la peau, dissection assez facile, la tumeur ne leur adhérant que faiblement ; il la sépare

ensuite avec la plus grande facilité des tissus voisins, auxquels ell n'était unie que par un tissu cellulaire lâche. Cette petite tumeur e parfaitement circonscrite, régulière, ne présentant aucun prolonge ment, de sorte qu'elle était pour ainsi dire à nu au milieu des autre tissus voisins, qui en étaient pourtant très-distincts; son tissu ferme un peu élastique, un peu friable cependant, est d'une couleu blanche un peu grisâtre, d'apparence homogène, non lobulée.

Le 12, huit jours après l'opération, la plaie étant en très-bo état, mais encore loin de la cicatrisation complète, la malade quitt la Maison de santé.

M. Velpeau, qui a examiné la tumeur après l'ablation, pens que c'est une tumeur adénoïde, mais il la trouve un peu tro friable pour être de l'adénoïde franc. M. Robin, qui l'a examiné avec soin, la considère, au contraire, comme le type des tumeur que M. Velpeau décrit sous le nom de *tumeurs adénoïdes*. Voici d reste la note que cet habile micrographe a donnée sur la structur intime de cette tumeur :

« L'examen du tissu de cette tumeur y a fait reconnaître une tram de tissu cellulaire peu abondante, par rapport à la quantité du tiss de la glande, les fibres étant lâchement unies dans les faisceaux e faciles à diviser. On y trouvait aussi un certain nombre de noyau fibro-plastiques libres et quelques vaisseaux capillaires peu nom breux. Le tissu glandulaire lui-même était formé de culs-de-sa groupés en acini, au nombre de huit à dix, parfois plus. Ces culs de-sac étaient pourvus d'une gaîne propre, transparente, mince; il étaient longs de 5 à 8 millimètres; tous étaient tapissés d'une gaîn épithéliale que la dilacération arrachait facilement de l'intérieur d la gaîne propre. Cet épithelium était, dans la plupart des cas, un épi thélium nucléaire, à noyaux, sans nucléole, ne dépassant pas 8 9 millièmes de millimètre de diamètre; ils étaient maintenus réunis le uns aux autres par une petite quantité de matière amorphe grisâtre finement granuleuse. Ce n'est que dans les culs-de-sac les plus vo lumineux que cette matière amorphe se segmentait autour de chaqu

noyau comme centre, de manière à donner naissance à de petites cellules polyédriques.

« Quelques-uns des culs-de-sac, vers la périphérie de la tumeur, atteignaient et dépassaient même 1 millimètre de largeur.

« Ce grand volume des culs-de-sac, qui est commun dans certaines variétés de tumeurs dites adénoïdes, ne se rencontrait que d'une manière exceptionnelle en quelque sorte; l'épithélium qui les tapissait était exclusivement nucléaire. On trouvait, dans un certain nombre de ces culs-de-sac, une disposition que j'ai déjà signalée dans certaines tumeurs salivaires, que j'ai rencontrées assez fréquemment dans les tumeurs dites adénoïdes à tubes glandulaires volumineux, mais dont je n'ai pas encore publié d'exemple : je veux parler de la réplétion de ces tubes volumineux par des faisceaux longitudinaux de fibres de tissu cellulaire, finement onduleuses et parsemées de noyaux fibro-plastiques libres, avec quelques corps fusiformes. »

La malade, ayant, comme il a été dit plus haut, quitté la Maison de santé pour retourner chez elle avant que sa plaie fût complétement reformée, vit la cicatrisation se faire d'une manière régulière. Bientôt cette cicatrice devint le siége de picotements qui apparaissaient principalement lorsque le temps était humide. A la fin de 1860, la dame F..... s'aperçut qu'il se formait à la partie externe de la cicatrice une induration qui demeura permanente pendant un mois, puis se mit à grossir au mois de janvier suivant. Depuis cette époque, la tumeur continua à s'accroître d'une manière insensible et sans causer aucune douleur; elle acquit ainsi le volume actuel.

Voici l'aspect qu'elle présente le 1er mars 1861, jour de la sixième opération : elle a la forme d'un mamelon assez régulièrement conique, à pointe dirigée en bas. L'extrémité est molle et paraît formée par de la graisse. On sent à la base une tumeur dure, qu'on ne peut très-exactement circonscrire avec les doigts. La peau a tout à fait sa coloration normale. La tumeur est située à la partie externe de la cicatrice. Celle-ci a transversalement 20 centimètres de long, elle est coupée perpendiculairement en haut et en bas par d'autres cica-

trices, dont la plus longue a 8 centimètres de hauteur. L'opération fut des plus simples; elle consista en une incision en T renversé, au moyen de laquelle la tumeur fut énucléée assez facilement.

La portion enlevée a le volume d'un gros œuf de pigeon, elle est enkystée dans une membrane fibreuse entourée de tissu graisseux. Incisée, elle offre à l'œil nu l'aspect du tissu adénoïde. En effet M. Luys et M. Ch. Robin, qui l'ont examinée au microscope, y ont constaté la présence de culs-de-sac glandulaires d'apparence normale, avec du tissu fibreux interposé; mais ce dernier tissu était en moins grande quantité que dans les tumeurs précédentes.

Les suites de l'opération ne furent pas aussi heureuses que précédemment, notre pauvre malade devait être victime de l'épidémie d'érysipèle qui désolait alors les hôpitaux de Paris. Il nous suffira d'indiquer à grands traits la marche de la maladie. Déjà le 4 mars les lèvres de la plaie sont un peu rouges, surtout l'inférieure, dans l'étendue de 3 à 4 centimètres environ.

Les jours suivants, l'érysipèle poursuit sa marche en s'accompagnant des symptômes généraux ordinaires. La rougeur s'étend à la partie antérieure de la poitrine et sur le sein droit. Le 11, elle a gagné en haut la clavicule, et en arrière elle recouvre le dos jusqu'au niveau de la huitième ou neuvième côte. Le 12 et le 13, le mal continue à envahir le dos, l'abdomen et le moignon de l'épaule droite. Le 14, la malade, qui avait eu jusqu'alors de la diarrhée et des vomissements, voit ces accidents s'arrêter; elle peut manger du potage.

Le 16, l'érysipèle se limite et commence à pâlir, la plaie n'a pas mauvais aspect; mais l'état général est toujours grave, la fièvre est continue, avec exaccerbation le soir. Le 18, la rougeur a presque entièrement disparu en avant, mais elle a envahi les reins et les fesses, sur lesquelles existent des ulcérations nombreuses succédant à des phlyctènes. La plaie est en voie de cicatrisation. Le 19, l'érysipèle a repris sa marche envahissante et remonte sur l'épaule, où il rejoint celui du dos. La malade est très-abattue, son teint est jaunâtre; la respiration est très-fréquente, le pouls est à 118; pas d

missements, à peine de diarrhée. Le 20, le pouls est à 120, la res-
ration est d'une fréquence extrême; la mort survient dans la
urnée.

TRAITEMENT.

En présence d'une forme de tumeur aussi éminemment bénigne r sa nature que celle dont nous parlons, le médecin ne doit-il pas demander si véritablement il doit chercher à y apporter remède, les moyens, soit médicaux soit chirurgicaux, qu'il pourra mettre usage ne seront pas plus préjudiciables aux malades que le mal i-même ? Sans doute, il sera du devoir du médecin, s'il se trouve présence d'un etumeur de ce genre, peu volumineuse, stationnaire puis longtemps, si la malade n'en est pas effrayée le moins du onde, de s'abstenir de toute médication. Mais, dans le plus grand mbre des cas, le mal fait des progrès lents et insensibles; il ne raît avoir aucune tendance à s'arrêter dans sa marche. Les ma-des s'épouvantent, elles sont tourmentées par des inquiétudes ntinuelles.

C'est toujours une chose grave aux yeux des gens du monde i'une tumeur du sein ; ce mot *tumeur* est pour eux presque syno-me de *cancer*. Lors même que l'affection ne fait aucun progrès, il t bien rare que la malade n'en soit pas effrayée, et que, quoi qu'en se le médecin, elle ne demande pas à être débarrassée de son mal. ailleurs on sait que, dans certains cas, les tumeurs adénoïdes peu-ent acquérir un volume énorme et présenter alors un degré de avité très-grand; peut-être aussi peuvent-elles subir la dégéné-scence cancéreuse; comme de plus leur disparition spontanée est cessivement rare, comme il est toujours fort gênant pour une mme d'avoir dans le sein une tumeur qui s'accompagne assez sou-ent sinon de douleurs vives, du moins d'un sentiment de pesanteur ésagréable, nous pouvons dire, sans crainte d'erreur, que c'est seu-ment dans les cas exceptionnels que le médecin devra s'abstenir.

Ceci posé, que faudra-t-il faire? quels seront les moyens à mettre en usage? Ils sont de deux ordres : les uns sont complétement médicaux, les autres sont du ressort de la chirurgie.

Les moyens médicaux sont nombreux, d'autant plus nombreux, il faut bien le dire, qu'ils sont moins efficaces. Ce sont tous les résolutifs tant internes qu'externes : frictions avec la pommade d'iodure de plomb ou de potassium, avec la pommade mercurielle, emplâtre de savon de Vigo, vésicatoires volants, purgatifs souvent répétés, application de sangsues renouvelée tous les dix à douze jours, bains alcalins, exercice, compression méthodique sur la tumeur, iodure de potassium à l'intérieur, etc. etc. Tous ces moyens ont été souvent mis en usage, le plus souvent aussi sans le moindre succès. Cependant M. Velpeau cite quelques cas de guérison, mais il s'agissait de tumeurs grosses tout au plus comme des noisettes; dans un seul cas, la production morbide avait le volume d'un œuf et elle se segmenta en plusieurs lobules avant de disparaître.

En somme, il ne faudra guère attendre de l'emploi des fondants autre chose qu'une amélioration trop souvent illusoire. Dans certains cas en effet, on peut croire à un commencement de succès sans que réellement on ait rien obtenu. Ainsi la compression, en aplatissant la tumeur, en l'enfonçant dans un espace intercostal, en amenant une atrophie partielle de son enveloppe fibreuse; ainsi l'iode, en amaigrissant le malade et par suite la tumeur, ont pu faire illusion pendant un certain temps. Mais quant à une guérison véritable, il n'y faut pas compter. Il vaudrait donc mieux ne pas avoir recours au traitement médical, qui ne peut qu'affaiblir les malades. Si pourtant on a affaire à une femme pusillanime qui redoute vivement l'opération, il faut bien pourtant faire quelque chose. On se bornera, dans ces cas, à quelques palliatifs. Si la menstruation est irrégulière, il faudra la régulariser autant que possible; donner du fer, des toniques, si la constitution est affaiblie; mettre en usage les drastiques, l'aloès, la rhubarbe, le calomel, s'il y a pléthore. Il est des cas où une saignée générale peut être fort utile; c'est quand il

se fait soudain une exacerbation rapide, avec tension, douleur dans le sein ; alors aussi il y a parfois un peu d'engorgement ganglionnaire; en joignant à la saignée les bains prolongés et l'iodure de potassium à l'intérieur, on pourra faire cesser cet engorgement et ramener la tumeur à l'état stationnaire.

Si la tumeur est gênante par son poids, on soutiendra le sein avec un bandage approprié.

Si elle est le siége de douleurs vives, ce qui est rare, on aura recours aux narcotiques : opium, belladone, jusquiame, et aux cataplasmes émollients, etc.

On pourra envelopper le sein d'une peau de cygne pour y entretenir une douce chaleur. Lebert assure avoir obtenu un succès avec les douches; on pourra les essayer. Si la malade est une demoiselle, on pourra conseiller le mariage, qui paraît avoir eu, dans quelques cas, une influence favorable.

Mais, comme nous l'avons dit, pour obtenir une guérison certaine, il faut avoir recours aux moyens chirurgicaux; l'ablation par le bistouri est le remède le plus sûr.

Le temps n'est plus où l'on disait que les tumeurs bénignes ne devaient pas être opérées. Lorsque, dans la discussion qui eut lieu au sein de l'Académie de Médecine en 1844, MM. Cruveilhier et Moreau avancèrent que l'ablation par le bistouri des tumeurs du sein, qu'on nommait alors *fibreuses*, était un remède dont les conséquences étaient plus graves que le mal même, Roux et Blandin leur répondirent victorieusement.

Si l'on pouvait espérer quelque chose des moyens médicaux, s'ils n'altéraient pas la santé des malades, on devrait sans doute, dans certains cas, les préférer à l'emploi du bistouri ; mais nous avons vu qu'on ne pouvait compter sur eux. D'ailleurs l'opération n'est pas aussi dangereuse qu'on le pense généralement. M. Velpeau développe longuement cette thèse dans son ouvrage : « Sans doute, dit-il, toute solution de continuité est une porte ouverte à la mort; toute incision, toute plaie peut être le point de départ d'accidents

graves. Mais ne sait-on pas qu'une saignée, une application de ventouses, une simple piqûre de sangsue, peuvent, aussi bien qu'une plaie faite par le bistouri, avoir des conséquences sérieuses ? Nous avons encore nous-même présente à l'esprit la mort d'un jeune homme, survenue l'année dernière à la Maison de santé, après une application de sangsues faite pour une orchite ; un érysipèle à forme typhoïde l'emporta rapidement. C'est principalement lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes, lorsqu'il faut faire une vaste plaie, plonger le bistouri dans le creux de l'aisselle, qu'il faut craindre des accidents tels que l'érysipèle, l'infection purulente, le tétanos, etc. Mais il n'en est plus de même lorsqu'on a affaire à une tumeur adénoïde ; ici, en effet, il suffit de faire à la peau une simple incision qui pourra se réunir par première intention.

Les deux observations publiées plus haut nous montrent qu'il est inutile, pour se mettre à l'abri de la récidive, d'enlever, autant que possible, toute la glande mammaire ; il en restera toujours assez pour reproduire une tumeur nouvelle. M. Velpeau, qui toujours énuclée simplement la tumeur en faisant la plaie la moins grande possible, n'a perdu, sur 10 opérées, qu'une malade emportée par le tétanos. L'exemple d'un tel maître, appuyé sur des preuves aussi évidentes, doit être suivi, et si une nouvelle tumeur se forme plus tard, il faudra de même en pratiquer l'ablation ; il est bien rare qu'il ait fallu recourir à une troisième opération, et l'exemple que nous citons plus haut est heureusement une exception qui ne s'est peut-être jamais rencontrée dans la pratique.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

---

ysique. — De l'humidité de l'air et des brouillards: de leur in-
ce sur l'économie animale.

imie. — Des caractères du cyanure de mercure.

armacie. — De la composition des cantharides; des prépara-
pharmaceutiques auxquelles elles servent de base.

stoire naturelle. — Des caractères de la famille des campa-
:ées.

atomie. — De la structure de l'iris, de ses rapports avec le
e et les procès ciliaires.

ysiologie. — Exposer la marche des rayons lumineux dans

thologie interne. — De l'inflammation en général.

thologie externe. — Des polypes des fosses nasales et de la
e supérieure du pharynx.

thologie générale. — Des aberrations de la sensibilité dans les
dies, et de leurs causes.

Anatomie pathologique. — Des anévrysmes artériels.

Accouchements. — Des tumeurs du crâne chez les enfants nouveau-nés.

Thérapeutique. — De l'action thérapeutique de la chaleur.

Médecine opératoire. — Du traitement des ankyloses.

Médecine légale. — Des appareils osseux et dentaire de l'homme au point de vue de la détermination médico-légale de l'âge.

Hygiène. — De la vie moyenne et de la vie probable.

Vu, bon à imprimer.

VELPEAU, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.